FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

107

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

REMARQUES SUR L'EFFICACITE DE LA COLLAPSOTHERAPIE APRES LA PERIODE 1939-1945

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 20 Décembre 1945

PAR

CRISTOFARI Paul Louis

Né le 18 Septembre 1916, à Sainte-Lucie-de-Mercurio (Corse)

Interne des Hôpitaux

. POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse

MM D. OLMER, *Président*
Y. POURSINES
J. BERTHIER *Assesseurs*
J. DOR

1945

Imp. Gle de Provence — Marseille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du traitement de la tuberculose pulmonaire

REMARQUES SUR L'EFFICACITÉ DE LA COLLAPSOTHÉRAPIE APRÈS LA PÉRIODE 1939-1945

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

REMARQUES SUR L'EFFICACITE DE LA COLLAPSOTHERAPIE APRES LA PERIODE 1939-1945

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 20 Décembre 1945

PAR

CRISTOFARI Paul Louis

Né le 18 Septembre 1916, à Sainte-Lucie-de-Mercurio (Corse)

Interne des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse	MM D. OLMER,	*Président*
	Y. POURSINES	*Assesseurs*
	J. BERSHIER	
	J. DOR	

Imp. Gle de Provence — Marseille

PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL — Assesseur : J. ROCHE

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
GAUJOUX, COTTE, AUBARET, AUDIBERT

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE — Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	SALMON
Anatomie Pathologique et Médecine Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	N...
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	OLMER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIERE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Parmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALLIER
Clinique Médicale Thérapeutique	POINSO
Professeur sans Chaire	BELTRAMI
Professeur sans Chaire	DUBOULOZ
Professeur sans Chaire	SAUTET
Professeur sans Chaire	BALANSARD

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargés de Cours

Clinique Dermatologique	VIGNE
Hydrologie Clinique et Thérapeutique	PIERI

Agrégés en exercice

MM. BERTHIER	MM. R. IMBERT
CARCASSONNE	PAILLAS
BRAHIC	AUDIER
FIGARELLA	DELPHAUT
ARNOUX	DOR
CHOSSON	RECORDIER

Chargés des fonctions d'Agrégés

Chimie médicale	DERRIEN
Physiologie	DONNET
Physique	ROUX
Anatomie	GRISOLI
Propédeutique Médicale	J. OLMER

Enseignements complémentaires

Anatomie descriptive et Topographie	GRISOLI
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique de la Tuberculose	BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses	
Clinique Chirurgicale Infantile	IMBERT
Clinique Gynécologique	FIGARELLA
Médecine Opératoire	DOR
Microbiologie (Pharmacie)	
Neuro-Chirurgie	PAILLAS (sup.)
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie)	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT
Chimie organique	DUMAZERT
Embryologie	ROMIEU
Cryptogamie	PELLISSIER
Médecine générale	LENA
Pathologie Chirurgicale	LAMY
Propédeutique Chirurgicale	LUCCIONI

A MON FILS CHERI

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Que ce travail soit une consolatiou bien faible il est vrai, pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposée pour moi, et un tèmoignage de mon amour filial.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D. OLMER

Il nous a fait le grand honneur
de presider notre thése.
Dés le début de nos études,
parmi bien des choses, il nous
a appris à aimer le malade

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BERTHIER

C'est sous sa haute autorité que nous avons pû mener à bien ce travail qui a bénéficié de son lumineux esprit de précision.
Nous avons essayé d'apprendre, sous sa direction, les ressources et les vérités de la Phtisiologie.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude et de notre respectueux dévouement.

A MON JURY DE THESE

Trés respectueusement

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur agrégé BRAHIC,

le Professeur BREMOND,

le Professeur ROGER,

le Professeur MATTEI,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.

MM. le Doyen CORNIL,

le Docteur GAMEL,

le Docteur A. RAYBAUD,

le Docteur De LUNA,

le Docteur CIAUDO,

le Professeur agrégé BERTHIER,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.

A CEUX QUI M'ONT PREPARÉ AU CONCOURS

MM. le Docteur A. BERNARD,

le Docteur HENRI,

le Docteur STEPHANOPOLI DE COMMENE.

INTRODUCTION

Les conditions d'existence dans lesquelles se sont trouvés placés les Français depuis 1940 paraissent, à première vue, responsables de l'éclosion de tuberculoses nouvelles et de rechutes survenues chez des cas anciens.

Nous nous proposons de nous demander comment se sont comportés pendant cette période les tuberculeux connus et traités avant 1940 et stabilisés à cette époque.

Nous essayerons par une telle analyse de préciser le degré d'efficacité des méthodes collapsothérapiques non seulement avec un recul de cinq ans, mais surtout en tenant compte des conditions particulières à la période écoulée de 1939 à 1945 où s'associent de multiples facteurs qui, en diminuant la résistance de l'organisme, ont pu constituer une « pierre de touche » pour la guérison des tuberculeux.

Nombreuses furent en effet les causes d'amoindrissement de leur force physique, ainsi que les facteurs émotifs.

En premier lieu, les restrictions alimentaires particulièrement sévères dans les premières années de l'occupation, ont entraîné des troubles nombreux et variés. Ceux-ci ont fait l'objet de nombreuses publications sur lesquelles il nous paraît superflu de revenir (carence calcique, carence vitaminique A. B.C.D., rapports fournis par l'Institut National d'Hygiène, la Mission Rockfeller en zone libre, durant les années 1940 et 1941).

Il est intéressant de noter cependant que certains auteurs avaient voulu depuis longtemps ériger en méthode thérapeutique une alimentation réduite chez les tuberculeux (Gerson et Sauerbruck).

Mais, d'autres facteurs dont l'action néfaste est indiscutable sont venus se surajouter aux restrictions alimentaires :

Le surmenage physique dû à la diminution progressive des moyens de transport, aux difficultés d'existence, au travail intensif, aux veilles, aux alertes et aux bombardements.

Le froid consécutif à des hivers particulièrement rigoureux et à l'absence presque totale de moyens de chauffage.

La promiscuité due aux nombreuses évacuations et destructions facilitant la contagion et les réinfections.

Dans l'ordre affectif, les émotions, les chagrins se sont trouvés accrus dans une proportion considérable pendant cette période de cinq ans (mobilisations partielles successives, guerre, bombardements, déportations, alertes, etc...). Cette augmentation devait semble-t-il entraîner une recrudescence de cette maladie des « passions tristes ».

Si nous ajoutons à ces causes les difficultés accrues de placement, les retards apportés à la cure sanatoriale, l'insuffisance du nombre de lits, le ravitaillement déficient des établissements de cure, nous pouvons trouver un nombre suffisant de facteurs favorables aux rechutes.

Dès 1941, de nombreux auteurs ont attiré l'attention sur l'augmentation du nombre de cas de tuberculoses évolutives, notamment des poussées aigues chez les tuberculeux chroniques, et des poussées aiguës d'emblée. [Communications à l'Académie de Médecine (séance du 2 octobre 1941) ; à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (séance du 30 juin 1942) ; à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 27 novembre 1942), ainsi qu'à la Société de Médecine de Marseille.]

Cette opinion est devenue classique, mais il est encore trop tôt pour juger de l'influence exacte des conditions inhérentes à cette période sur la tuberculose en général (surtout si l'on pense à nos conditions d'existence qui sont encore loin d'être normales).

On peut néanmoins essayer de préciser l'évolution et l'état actuel des tuberculeux stabilisés en 1940 : ont-ils présenté des poussées évolutives plus fréquentes et plus graves ou bien se sont-ils comportés dans l'ensemble comme les cas analogues d'avant-guerre ?

L'intérêt de cette étude s'augmentera sans doute du fait que notre observation porte exclusivement sur la clientèle hospitalière, donc sur des malades placés dans les plus mauvaises conditions matérielles et sociales.

Nous devons à l'obligeance de notre Maître, Monsieur le Professeur BERTHIER, d'avoir pu consulter les dossiers de la « Clinique de la Tuberculose ». Il a inspiré et guidé notre travail avec une autorité et une sollicitude bienveillantes dont nous ne saurions assez le remercier.

PLAN

Notre étude comprendra :

1° Un exposé de 107 observations répondant aux conditions que nous nous sommes imposées et que nous indiquons ci-dessous ;

2° Une étude analytique de ces observations du point de vue de l'efficacité de l'action thérapeutique et de la solidité ou de la fragilité de la stabilisation obtenue ;

3° Une conclusion.

A cet effet, nous grouperons nos observations en trois paragraphes :

Les tuberculoses traitées :

A) Par pneumothorax thérapeutique en détente complète;

B) Par pneumothorax thérapeutique en détente partielle;

C) Par collapsothérapie chirurgicale.

LES OBSERVATIONS

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Nous nous sommes imposés de choisir exclusivement les observations des tuberculeux répondant à la triple condition :

1° Avoir été traités avant 1940 ;

2° Etre stabilisés à cette époque ;

3° Etre encore suivis actuellement.

Le terme stabilisé a été pris dans son sens le plus large au triple point de vue bactériologique, anatomique et clinique.

Nous considérons un sujet stabilisé :

a) Au point de vue bactériologique lorsque :

A une série d'examens échelonnés sur plusieurs mois, on ne peut mettre en évidence de bacilles dans son expectoration (examen direct et tubage). (1)

b) Au point de vue anatomique lorsque :

La radiographie montre un nettoyage complet, cas d'ailleurs relativement rares, ou des images résiduelles souvent calcifiées, superposables en étendue et densité sur les clichés pratiqués à plusieurs mois d'intervalle.

c) Au point de vue clinique lorsque :

Sans poussée évolutive, le sujet a pu reprendre une existence progressivement normale et, quand à l'épreuve du tra-

1) Imposibilité matérielle d'effectuer des cultures et des inoculations en milieu hospitalier de 1940 à 1945.

vail, le sujet n'a présenté aucun signe de défaillance. C'est pour cette raison, que nous n'avons tenu compte que des observations d'anciens tuberculeux qui travaillent. Les femmes ont eu une ou plusieurs grossesses.

Nous n'avons retenu que les observations de tuberculeux, certains ayant présenté une bacilloscopie positive éliminant ainsi toutes les images radiologiques de scléroses pulmonaires inévolutives.

Ces observations ont été résumées à leurs éléments essentiels — à notre sens — pour ce travail en précisant de façon succinte :

1° L'âge du sujet lors de sa première poussée évolutive constatée ;

2° La forme radiologique de tuberculose présentée ;

3° Le traitement institué ;

4° La reprise du travail ;

5° L'évolution.

1° LA FORME RADIOLOGIQUE DE TUBERCULOSE PRÉSENTÉE.

Nous avons retenu quatre éléments d'appréciation :

a) La présence de bacilles :

Nous n'avons retenu que les observations de malades ayant présenté initialement des bacilloscopies positives, nous ne le signalerons donc pas à chaque observation. De même, lorsqu'il n'en sera pas fait état ultérieurement, les bacilles auront disparu de l'expectoration dans les premiers mois du traitement.

b) L'existence de fièvre :

Tous ces malades étaient fébriles au moment de l'institution de la thérapeutique.

c) La présence ou l'absence de cavernes radiologiquement visible.

d) L'unitéralité des lésions. Notre étude porte uniquement sur des cas de tuberculose unilatérale avec intégrité radiologique du poumon opposé. Le diagnostic radiologique tiendra compte schématiquement du siège et de l'étendue des lésions. Nous spécifierons qu'il s'agissait de lésions radiologiquement limitées ou diffuses, radiologiquement denses ou peu denses.

2° LE TRAITEMENT INSTITUÉ.

A) *Le pneumothorax :*

Nous nous sommes efforcés de préciser son degré d'efficacité.

a) Pneumothorax complet et efficace, avec détente du poumon tout entier, sans adhérence, collapsus total des lésions disparition rapide de la température et des bacilles ;

b) Pneumothorax partiel et efficace, ou partiellement efficace, avec brides empêchant le collapsus complet des régions malades, mais avec action plus ou moins rapide sur les signes généraux et l'expectoration ;

c) Pneumothorax mauvais et inefficace, soit à cause de symphyses trop larges, ne permettant qu'une détente contro-élective, soit lorsque le décollement étant complet, les lésions continuaient à évoluer dans le moignon pulmonaire, sans modification des signes généraux ni de l'expectoration.

B) *La cure sanatoriale :*

Nous nous sommes efforcés de préciser la durée de la cure sanatoriale dont le début remonte généralement au 2e ou 3e mois, après l'hospitalisation et l'installation de la thérapeutique.

3° LA REPRISE DU TRAVAIL.

Nous avons indiqué la date de la reprise du travail. Nous nous contenterons de signaler les cas où le travail a dû être de nouveau interrompu. Sans autre indication, il faut entendre que le malade a travaillé d'une façon continue et en général progressive depuis la reprise jusqu'à ce jour.

4° L'ÉVOLUTION.

L'état actuel est précisé par l'état radiologique. Rares sont les nettoyages radiologiques complets. Il persiste, dans presque tous les cas, des images fixées résiduelles. Il s'agira le plus souvent de scléroses pulmonaires diffuses ou nodulaires inactives, de pachypleurites résiduelles, avec ou sans rétraction de l'hémithorax, de calcifications superposables sur les clichés successifs. Il s'agit là d'états radiologiques classiques, après la cessation du pneumothorax, le parenchyme étant nettoyé au niveau de la lésion.

RESUME DES OBSERVATIONS

§ A. - TUBERCULOSES UNILATERALES AVEC PNEUMOTHORAX EN DETENTE COMPLETE

Obs. 1. — Aup..., 27 ans en 1938. Infiltration inter-cleido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1938, et entretenu jusqu'en 1943.

Cure sanatoriale de 15 mois.

Reprise du travail en 1940.

Actuellement, léger degré de sclérose pulmonaire.

Obs. 2. — Bal..., 28 ans en 1932. Condensation para-hilaire droite avec hémoptysie.

Pneumothorax complet et efficace, créé en avril 1932, et régulièrement entretenu pendant 4 ans.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en octobre 1933.

Actuellement, nettoyage radiologique total.

Obs. 3. — Ber... Gazé avec pension de réforme à 30 %, pour sclérose pulmonaire.

En 1932, à 35 ans, infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en décembre 1932, et entretenu 3 ans.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en mai 1934.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive.

Obs. 4. — Bre..., 35 ans en 1937. Infiltration ulcérée du lobe supérieur droit.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1937, et entretenu pendant 4 ans 1/2.

Cure sanatoriale de 6 mois, en 1938, à Saint-Hilaire.

Reprise du travail en octobre 1938.

Actuellement, sclérose pulmonaire nodulaire inactive.

Obs. 5. — Cam..., 36 ans en 1932. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1932, et entretenu pendant 3 ans.

Cure sanatoriale d'un an, avril 1932 à avril 1933.

Reprise du travail, en 1934.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 6. — Mar..., 35 ans en 1935. Infiltration ulcérée du lobe supérieur droit.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1935, et entretenu pendant 4 ans 1/2.

Cure sanatoriale de 6 mois, à Briançon.

Reprise du travail en avril 1937.

Actuellement, sclérose pulmonaire nodulaire inactive, avec rétraction de tout l'hémithorax.

Obs. 7. — Cas..., 37 ans en 1939. Condensation de la base droite.

Pneumothorax créé en avril 1939 et entretenu pendant 2 ans.

Cure sanatoriale d'un an (avril 1939 - avril 1940).

Reprise du travail en octobre 1940.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 8. — Gir..., 33 ans en 1936. Infiltration ulcérée du lobe supérieur gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en juillet 1936, et entretenu pendant 7 ans.

Cure sanatoriale de 9 mois (septembre 1936 à mai 1937).

Reprise du travail en novembre 1937.

Actuellement, pachypleurite résiduelle inactive.

Obs. 9. — M..., 42 ans en 1936. Infiltration ulcérée juxta-hilaire et apicale droite.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1936, entretenu pendant 4 ans.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1937.

Actuellement, pachypleurite résiduelle inactive.

Obs. 10. — Rig..., 23 ans en 1938. Infiltration étendue et ulcérée de toute la partie supérieure du poumon droit.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1938, entretenu pendant 6 ans.

Cure sanatoriale de 12 mois.

Reprise du travail en juillet 1940.

Actuellement, pneumothorax droit résiduel avec nettoyage radiologique du parenchyme sous-jacent.

Obs. 11. — Roz..., 26 ans en 1939. Infiltration inter-cleido-bilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en avril 1939, et entretenu pendant 2 ans 1/2.

Cure sanatoriale d'un an,

Reprise du travail en janvier 1941.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 12. — Ela..., 20 ans en 1933. Cavité isolée de la base gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1933, et entretenu pendant 4 ans.

Cure sanatoriale de 14 mois.

Reprise du travail en octobre 1937.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 13. — Isa... Infiltration ulcérée, inter-cleido-hilaire droite.

Reprise du travail en 1941.

Actuellement, pachypleurite dense résiduelle.

Obs. 14. — Naz..., 18 ans en 1938. Infiltration diffuse inter-cleido-hilaire droite.

Pneumothorax complet et efficace de 1938 à 1942.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1938, et abandonné pendant la guerre.

Reprise du travail en 1941.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive.

Obs. 15. — Fot..., 25 ans en 1938. Infiltration juxta-scissurale droite.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1938, et abandonné pendant la guerre.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1940.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 16. — Lac..., 32 ans en 1937. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1937.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, reliquat de pneumothorax non insufflé depuis 1943, avec nettoyage radiologique du parenchyme sous-jacent.

Obs. 17. — Bam..., 15 ans en 1938. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche avec hémoptysies.

Pneumothorax complet et efficace, créé de 1939 à 1943.

Cure sanatoriale de 10 mois.

Reprise du travail en 1940.

Actuellement, quelques calcifications sous la clavicule.

Obs. 18. — Dan..., 21 ans en 1939. Infiltrat ulcéré sous-apical gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1939 à 1943.

Cure sanatoriale de 14 mois.

Reprise du travail en 1942.

Grossesse en 1944.

Actuellement, pachypleurite résiduelle inactive.

Obs. 19. — Col..., 32 ans en 1935. Infiltration inter-cleido-bilaire droite.
Pneumothorax complet et efficace, de 1935 à 1941.
Cure sanatoriale de 6 mois.
Reprise du travail en 1938.
Actuellement, pachypleurite résiduelle inactive.

Obs. 20. — Den..., 22 ans en 1940. Condensation juxta-scissurale droite ulcérée.
Pneumothorax complet et efficace, de 1940 à 1942, cessé par symphyse.
Cure sanatoriale de 8 mois.
Reprise du travail en 1942.
Grossesse normale en 1943.
Actuellement, sclérose pulmonaire avec scissurite résiduelle inactive.

Obs. 21. — Gio..., 25 ans en 1930. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire droite.
Pneumothorax complet et efficace, créé en 1930, et entretenu jusqu'en 1936.
Cure sanatoriale d'un an en Italie.
Grossesses normales en 1936, 1938, 1943.
Reprise du travail en 1934.
Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique.

Obs. 22. — Bed..., 25 ans en 1930. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche.
Pneumothorax complet et efficace, de 1930 à 1935.
Grossesse normale en 1932.
Reprise du travail en 1935.
Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 23. — Ren..., 25 ans en 1934. Infiltration juxta-scissurale droite.
Pneumothorax complet et efficace, de 1934 à 1938.
Cure sanatoriale de 6 mois.
Actuellement, sclérose pulmonaire résiduelle.

Obs. 24. — Sim..., 23 ans en 1931. Condensation juxta-scissurale droite excavée.
Pneumothorax complet et efficace, de 1931 à 1935.
Cure sanatoriale de 6 mois.
Grossesses normales en 1933 et 1935.
Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 25. — Pir..., 22 ans en 1934. Infiltration ulcérée sous-apicale gauche.
Pneumothorax complet et efficace, de 1934 à 1937.
Cure sanatoriale de 6 mois.
Grossesses normales en 1936 et 1939.
Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 26. — Riv..., 28 ans en 1936. Infiltration juxta-hilaire et basilaire droite.

Pneumothorax complet et efficace, de 1936 à 1940.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Actuellement, pachypleurite résiduelle de la base.

Obs. 27. — Fum..., 15 ans en 1936. Infiltration diffuse du lobe supérieur gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1936 à 1939.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Grossesse gemellaire en 1942.

Nouvelles grossesses normales en 1943 et 1944.

Actuellement, quelques calcifications sous la clavicule droite.

Obs. 28. — Man..., 23 ans en 1936. Infiltrat peu dense sous-apical et hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1936 à 1940.

Sels d'or.

Cure sanatoriale de 10 mois.

Grossesses normales en 1940 et 1945.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 29. — The..., 16 ans en 1937. Infiltration ulcérée juxta-scissurale gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1937 à 1943.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1941.

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction de l'hémithorax.

Obs. 30. — Mon..., 27 ans en 1936. Grosse cavité juxta-scissurale droite.

Pneumothorax complet et efficace, de 1936 à 1940.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Grossesse normale en 1942.

Actuellement, scissure droite.

Obs. 31. — Lem..., 23 ans en 1937. Infiltration inter-cleido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace ayant duré 3 ans 1/2, terminé par symphyse.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique.

Obs. 32. — Iva..., 29 ans en 1938. Infiltration juxta-scissurale droite excavée.

Pneumothorax complet et efficace, de 1938 à 1941.

Cure sanatoriale d'un an.

Reprise du travail en 1940.

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique.

Obs. 33. — Reb..., 17 ans en 1937. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax complet et efficace, de 1938 à 1943.

Cure sanatoriale d'un an.

Grossesse normale en 1944.

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique.

Obs. 34. — Cha..., 25 ans en 1939. Infiltration de la partie moyenne du poumon gauche.

Pneumothorax complet et efficace entretenu de 1939 à 1942.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1941.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 35. — Maz..., 28 ans en 1938. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1938 à 1942.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Début 1943, pachypleurite dense inactive.

Raflé en 1943 et envoyé en Allemagne où il travaille 14 mois dans les mines de sel.

Actuellement, même aspect radiologique qu'en 1943.

Obs. 36. — Mal..., 17 ans en 1938. Infiltration ulcérée sous-apicale gauche.

Pneumothorax complet et efficace ayant duré un an.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1941.

Actuellement, quelques nodules calcifiés cicatriciels.

Obs. 37. — Buc..., 22 ans en 1938. Infiltration ulcérée sous-apicale gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1938 à 1940, terminé par symphyse.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Reprise du travail en 1941.

Actuellement, quelques nodules calcifiés cicatriciels.

Obs. 38. — Man..., 25 ans en 1932. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1936 à 1940.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Grossesses normales en 1940 et 1943.

Actuellement, pachypleurite et rétraction thoracique.

Obs. 39. — Per..., 31 ans en 1935. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax complet et efficace, de 1935 à 1940.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1939 (chauffeur de poids lourds).

Actuellement, quelques nodules calcifiés cicatriciels.

Obs. 40. — Del..., 30 ans en 1936. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche au cours d'une grossesse.

Pneumothorax complet et efficace, terminé par symphyse, ayant duré 3 ans.

Cure sanatoriale d'un an.

Grossesses normales en 1940, 1942, 1943.

Actuellement, quelques nodules résiduels calcifiés à l'apex gauche.

Obs. 41. — Gir..., 34 ans en 1937. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax de 1937 à 1941.

Cure sanatoriale d'un an.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, quelques calcifications résiduelles.

Obs. 42. — Ant..., 19 ans en 1938. Cavité sous-claviculaire droite.

Pneumothorax de 1938 à 1940, terminé par symphyse.

Cure sanatoriale de 3 ans.

Reprise du travail au sanatorium.

Actuellement, scissurite résiduelle inactive.

Obs. 43. — Des..., 25 ans en 1938. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1937 à 1941.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1938.

Actuellement, pachypleurite résiduelle inactive.

Obs. 44. — Car..., 25 ans en 1938. Infiltration juxta-scissurale droite.

Pneumothorax complet et efficace, de 1938 à 1940, à Paris, abandonné pendant la retraite.

Reprise du travail fin 1940.

Actuellement, sclérose pulmonaire résiduelle inactive.

Obs. 45. — Rug..., 16 ans en 1937. Infiltration étendue à tout le poumon gauche.

Pneumothorax complet et efficace, de 1937 à 1942.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 46. — Ble..., 34 ans en 1936. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax complet et efficace ayant duré 6 ans.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1937.

Actuellement, sclérose pulmonaire nodulaire résiduelle inactive.

Obs. 47. — Cra..., 34 ans en 1932. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax complet et efficace, de 1932 à 1936.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en décembre 1933.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 48. — Ber..., 39 ans en 1937. Infiltration apicale et sous-apicale droite, avec hémoptysies.

Pneumothorax complet et efficace de 1937 à 1943.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Actuellement, pachypleurite résiduelle de la base. Quelques nodules calcifiés sous la clavicule.

Obs. 49. — Ett..., 44 ans en 1938. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche, largement excavée.

Pneumothorax complet et efficace, créé en 1938, entretenu jusqu'en 1942.

Cure sanatoriale d'un an.

Reprise du travail en 1942.

Actuellement, pachypleurite inactive gauche avec hémi-rétraction thoracique.

§ B. - TUBERCULOSES UNILATERALES

AVEC PNEUMOTHORAX EN DETENTE INCOMPLETE

Obs. 50. — Bar..., 29 ans en 1934. Infiltration ulcérée du poumon droit.

Pneumothorax, créé en 1934, entretenu pendant 4 ans, avec des adhérences apicales et axillaires.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en octobre 1935.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive avec rétraction de l'hémithorax.

Obs. 51. — Fun..., 35 ans en 1933. Tuberculose ulcérée du lobe supérieur droit.

Pneumothorax, créé en 1933, avec symphyse apicale, entretenu pendant 3 ans.

Cure sanatoriale de 15 mois.

Reprise du travail en novembre 1934.

En 1942, gros amaigrissement (18 kilos) sans reprise évolutive.

Actuellement, rétraction de l'hémithorax droit, avec pachypleurite.

Obs. 52. — Reg..., 39 ans en 1937. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax créé en septembre 1937, adhérent à l'apex, interrompu, au bout d'un an, par symphyse.

Cure sanatoriale de 9 mois.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, léger de degré de sclérose pulmonaire inactive.

Obs. 35. — Mar..., 38 ans en 1937. Infiltration inter-cléido-hilaire droite, largement excavée.

Pneumothorax créé en 1937, entretenu jusqu'en 1943, malgré les adhérences axillaires insécables.

Cure sanatoriale de 9 mois.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, sclérose pulmonaire résiduelle inactive.

Obs. 54. — Eric..., 33 ans en 1938. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax créé en 1938 et entretenu jusqu'en 1942, malgré une symphyse du sommet.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive.

Obs. 55. — Gou..., 28 ans en 1932. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax créé en novembre 1932, largement symphysé au sommet, interrompu en juin 1936 où le malade fait, au cours d'une insufflation, une syncope avec hémyparésie, ayant regressé totalement.

Reprise du travail en 1936.

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction de l'hémithorax.

Obs. 56. — Tom..., 34 ans en 1934. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax avec brides apicales et axillaires, entretenu de 1934 à 1939.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1937.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 57. — Bal..., 16 ans en 1935. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax, avec brides axillaires, entretenu de 1935 à 1940.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Sels d'or.

Grossesse normale en 1943.

Actuellement, pachypleurite résiduelle.

Obs. 58. — Mil... Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax, avec brides axillaires, entretenu de 1936 à 1942.

Grossesses normales en 1941 et 1943.

Au cours de la deuxième grossesse, adénopathie tuberculeuse cervicale.

Actuellement, pachypleurite résiduelle, avec rétraction thoracique.

Obs. 59. — Sar..., 31 ans en 1937. Infiltration ulcérée sous-claviculaire gauche.

Pneumothorax, entretenu de 1937 à 1940, malgré les brides axillaires et apicales, terminé par symphyse.

Cure sanatoriale d'un an.

Reprise du travail en 1939.

Actuellement, pachypleurite résiduelle, avec rétraction thoracique.

Obs. 60. — Mai..., 27 ans en 1935. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax, entretenu de 1935 à 1939, malgré une symphyse apicale.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Sels d'or.

Reprise du travail en 1936.

Actuellement, quelques nodules calcifiés sous la clavicule.

Obs. 61. — Cia..., 29 ans en 1936. Grosse caverne sous-claviculaire gauche.

Pneumothorax, institué en 1936, avec adhérence apicale, interrompu en 1937 par symphyse.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1938.

Actuellement, pachypleurite gauche inactive.

Obs. 63. — Ano..., 16 ans en 1937. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax gauche fortement bridé, entretenu de 1937 à 1938.

Cure sanatoriale d'un an.

En 1941, infiltration sous-apicale droite.

Pneumothorax droit, entretenu régulièrement depuis.

En 1942, rechute « in situ » à gauche, reprise du pneumothorax, complété par une section de brides.

Actuellement, pneumothorax bi-latéral, régulièrement entretenu, avec nettoyage complet du parenchyme.

Obs. 64. — Gia..., 18 ans en 1927. Infiltration ulcérée du sommet gauche.

Pneumothorax partiel, fortement bridé au sommet, entretenu de 1927 à 1933.

Après l'abandon du pneumothorax, rechute controlatérale.

Pneumothorax gauche, interrompu au bout de 5 mois, par symphyse.

Sels d'or.

En 1942, épisode respiratoire aigu pneumococcique avec gros amaigrissement, sans reprise évolutive.

Actuellement, reprise de poids. Radiologiquement, pachypleurite dense à gauche ; sclérose résiduelle inévolutive à droite.

Obs. 65. — Ive..., 21 ans en 1936. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax, avec brides axillaires et apicales, entretenu de 1936 à 1940.

Cure sanatoriale de 6 mois.

En 1938, bilatéralisation.

Pneumothorax droit, de 1938 à 1941, interrompu par symphyse.

Reprise d'un travail léger en 1942.

Actuellement, sclérose pulmonaire.

A droite, pachypleurite inactive résiduelle.

Obs. 66. — Fau..., 35 ans en 1932. Infiltration inter-cléido-hilaire gauche.

Pneumothorax avec symphyse apicale et cure sanatoriale de 6 mois.

En 1936, bilatéralisation.

Pneumothorax droit complet et efficace.

Nouvelle cure sanatoriale d'un an, juin 1937, juin 1938.

Reprise du travail en octobre 1938.

Actuellement, à droite, nettoyage complet ; à gauche, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique.

Obs. 67. — Cos..., 35 ans en 1937. Infiltration inter-cléido-hilaire droite ulcérée.

Pneumothorax, avec brides insécables, entretenu jusqu'en 1943.

Reprise du travail en 1939.

En 1944, infiltration inter-cléido-hilaire gauche, à tendance fibreuse.

Nouvelle cure sanatoriale de 6 mois.

Actuellement, à droite, pachypleurite résiduelle, avec rétraction thoracique ; à gauche, quelques traînées fibreuses inactives, sous la clavicule.

Obs. 68. — Pel..., 27 ans en 1937. Infiltration ulcérée sous-apicale gauche.

Pneumothorax partiel, fortement bridé au sommet, entretenu pendant 4 ans.

Cure sanatoriale de 18 mois.

Reprise du travail en janvier 1941.

Stabilisation radiologique et clinique.

En 1943, rechute controlatérale.

Nouvelle cure sanatoriale de 6 mois, interrompu à cause d'une laryngite tuberculeuse.

Actuellement, laryngite tuberculeuse, avec accentuation importante des ombres radiologiques.

Très mauvais état général.

Obs. 69. — Gul..., 17 ans en 1938. Infiltration étendue au lobe supérieur droit.

Pneumothorax bridé, entretenu de 1938 à 1943.

Cure sanatoriale de 8 mois.

Reprise du travail en 1940.

En 1941, rechute controlatérale.

Nouvelle cure sanatoriale d'un an.

Pneumothorax gauche, créé en 1941, et entretenu actuellement.

Actuellement, à droite, quelques calcifications ; à gauche, pneumothorax en cours, avec nettoyage du parenchyme.

Obs. 70. — Mar..., 30 ans en 1938. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax partiel ayant duré 2 ans, interrompu prématurément par symphyse.

Cure sanatoriale d'un an.

En 1942, stabilisation clinique et radiologique. On procède à une gastrectomie, pour ulcus gastrique, sous anesthésie générale.

Rechute et décès.

Obs. 71. — Mes..., 37 ans en 1936. Infiltration de toute la partie supérieure du poumon gauche, avec hémoptysie.

Pneumothorax incomplet contro-électif, ayant duré 4 ans.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1937.

Radiologiquement, pachypleurite gauche.

En 1943, infiltration ulcérée à droite avec symphyse pleurale.

Décédé en juin 1944.

Obs. 72. — Bla..., 36 ans en 1931. Infiltration ulcéro-caséeuse du poumon droit, largement excavée (deux grosses cavernes visibles).

Pneumothorax largement symphysé à l'apex, créé en juillet 1931.

Perforation en décembre.

La collapsothérapie est alors abandonnée au profit des sels d'or.

Le malade reçoit 1 gr. 25 de crisalbine qui provoque une réaction cutanée importante.

En mars 1933, fibrothorax droit et, malgré l'avis médical, reprend son travail (travail pénible dans une huilerie).

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique et grosse calcification.

Obs. 73. — Gui..., 25 ans en 1933. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax, fortement bridé, abandonné au bout de 3 mois, avec épanchement puriforme.

Sels d'or.

Cure sanatoriale d'un an, en 1935, où le pneumothorax est repris pendant 7 mois.

Grossesses normales en 1942 et 1944.

Actuellement, pachypleurite résiduelle, avec rétraction thoracique et grosse calcification sous la clavicule.

Obs. 74. — Bro..., 28 ans en 1933. Infiltration inter-cléido-hilaire largement ulcérée à gauche.

Pneumothorax fortement bridé.

Epanchement purulent fistulisé à la paroi, en 1934.

En 1936, rechute controlatérale.

Pneumothorax droit, entretenu de 1936 à 1938.

Cure sanatoriale d'un an.

En 1942, rechute « in situ » à gauche, réapparition de la cavité initiale.

Les bacilloscopies sont, cependant, négatives.

Le malade continue à travailler.

Actuellement, infiltration bilatérale étendue.

Obs. 75. — Ben..., 20 ans en 1933. Condensation de la base droite.

Pneumothorax interrompu au bout de 8 mois, par symphyse.

Pas de cure sanatoriale.

Grossesse en 1934, avec bilatéralisation.

Pneumothorax complet de 1934 à 1936.

Actuellement, à droite, pachypleurite résiduelle ; à gauche, quelques calcifications.

Obs. 76 — Der...., 26 ans en 1932. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax entretenu de 1932 à 1937.

Cure sanatoriale de 8 mois.

En 1935, bilatéralisation.

Pneumothorax gauche entretenu un an, interrompu par symphyse.

Reprise du travail en 1936.

En 1939, paraît stabilisé.

Décembre 1941, poussée évolutive avec B. K.

En 1942, décès.

Obs. 77. — De A..., 39 ans en 1937. Infiltration ulcérée inter-cléido-hilaire gauche.

Mauvais pneumothorax bridé et inefficace.

Cure sanatoriale d'un an.

En 1938, bilatéralisation, cavité juxta-scissurale à droite.

Pneumothorax droit, et nouvelle cure sanatoriale d'un an.

En 1942, poussée évolutive et décès.

Obs. 78. — Car..., 24 ans en 1936. Infiltration inter-cléido-hilaire droite avec hémoptysie.

Mauvais pneumothorax entretenu cependant pendant 2 ans, terminé par symphyse.

Cure sanatoriale de 12 mois.

En 1939, abcès froid costal.

En 1944, rechute, avec décès rapide.

Obs. 79. — Fal..., 30 ans en 1934. Infiltration étendue à tout le poumon droit, ulcérée sous la clavicule.

Mauvais pneumothorax, avec brides apicales et axillaires, abandonné au bout d'un an par le malade.

Cure sanatoriale de 2 mois, en 1934 ; exclu du sanatorium.

Nouvelle cure sanatoriale, en 1935, de 3 mois ; nouvelle exclusion du sanatorium.

En 1942, rechute et décès.

Obs. 80. — Mou..., 36 ans en 1937. Infiltration disséminée de tout le poumon gauche.

Pneumothorax bridé, inefficace, entretenu, cependant, pendant 18 mois.

Cure sanatoriale de 16 mois.

Reprise du travail en septembre 1939.

En décembre 1941, rechute, stabilisation passagère.

En 1942, bilatéralisation et décès.

Obs. 81. — Mes..., 37 ans en 1936. Infiltration du lobe supérieur gauche.

Pneumothorax fortement bridé, entretenu, néanmoins, de 1936 à 1939.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1938 ; paraît stabilisé.

En 1942, poussée évolutive avec rechute « in situ » et décès rapide.

Obs. 82. — Bal..., 25 ans en 1934. Infiltration de tout le poumon gauche, ulcérée sous la clavicule.

Pneumothorax, entretenu de décembre 1934 à mars 1935, compliqué d'épanchement purulent.

Sels d'or.

Cure sanatoriale d'un an.

Reprise du travail en 1936 ; paraît stabilisé.

En 1942, rechute « in situ », avec bilatéralisation.

Obs. 83. — Cos... En 1925, infiltration discrète, sous-apicale gauche.

Pneumothorax inefficace abandonné très rapidement.

Cure sanatoriale d'un an.

En 1930, reprise du travail.

En 1942, infiltration bilatérale. La bacilloscopie devient positive.

Le malade est perdu de vue, dans un état grave.

Obs. 84. — Cap..., 37 ans en 1933. Infiltration apicale et sous-apicale droite.

Pneumothorax inefficace de décembre 1934 à juillet 1935, interrompu par symphyse.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1938.

En 1940, stabilisation clinique et radiologique.

En 1942, gros amaigrissement, sans modification radiologique appréciable et bacilloscopie négative.

Le malade fait néanmoins une nouvelle cure sanatoriale d'un an.

Actuellement, quelques nodules calcifiés résiduels.

Obs. 85. — Ali... 27 ans en 1931. Infiltration inter-cleidohilaire gauche.

Pneumothorax inefficace abandonné au bout de 3 mois.

Cure sanatoriale de 18 mois.

Reprise du travail en 1934.

En 1941, poussée congestive avec bacilloscopie négative. 7 mois de repos à la campagne.

Actuellement, sclérose pulmonaire nodulaire paraissant fixée.

Obs. 86. — Mor... 38 ans en 1931. Infiltration diffuse de tout le poumon droit.

Pneumothorax inefficace abandonné au bout de 8 mois.

Cure sanatoriale de 6 mois en 1931.

Reprise du travail en 1933.

En 1936, poussée évolutive avec bacilloscopie positive.

Nouvelle cure sanatoriale de 14 mois.

Actuellement, sclérose pulmonaire résiduelle inactive.

Obs. 87. — Mal... 25 ans en 1931. Infiltration inter-cleidohilaire droite.

Pneumothorax inefficace abandonné au bout de 3 mois.

Pas de cure sanatoriale.

Part chez lui à la campagne où il fait des travaux de jardinage.

Actuellement, pachypleurite résiduelle avec rétraction thoracique.

§ C. — TUBERCULOSES UNILATERALES TRAITES PAR COLLAPSOTHERAPIE CHIRURGICALE

Obs. 88. — Sar... 28 ans en 1933. Ulcération sous la clavicule droite avec symphyse pleurale (pleurésie antérieure).

Sels d'or.

Cure libre de 18 mois.

Thoracoplastie en 1935 faite à Marseille (professeur Carcassonne).

Reprise du travail en 1937.

Actuellement va bien.

Obs. 89. — Gir... 22 ans en 1935. Lobite supérieure droite excavée avec symphyse pleurale.

Phrénicectomie en 1933.

Sels d'or.

Cure sanatoriale d'un an.

En 1936, thoracoplastie faite à Marseille (professeur Carcassonne).

Reprise du travail en 1938.

Actuellement va bien.

Obs. 90. — Bru... 19 ans en 1932. Infiltration inter-cleidohilaide droite ulcérée avec symphyse pleurale.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Thoracoplastie en 1934.

Reprise du travail en 1936.

Actuellement va bien.

Obs. 91. — Ami... 28 ans en 1935. Infiltration ulcérée du lobe supérieur droit.

Pneumothorax interrompu au bout de 3 mois.

Phrenicectomie en 1935.

Cure sanatoriale de 9 mois (juin 1935 - avril 1936).

Reprise du travail en 1936.

Actuellement, nodules calcifiés résiduels avec bacilloscopie constamment négative.

Obs. 92. — Cam... 28 ans en 1932. Infiltration ulcéro-caséeuse étendue à toute la partie supérieure du poumon gauche avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en novembre 1932.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Sels d'or (14 gr. 80 de 1932 à 1934).

Il reprend son travail une première fois en octobre 1934, qu'il est obligé d'interrompre en juillet 1935 pour tuberculose rénale gauche nécessitant l'ablation du rein. Une épidymite tuberculeuse nécessite un nouvel arrêt du travail de 3 mois pour intervention. Il reprend définitivement son travail en janvier 1938.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive avec pachypleurite apicale résiduelle.

Obs. 93. — Gim... 41 ans en 1934. Tuberculose ulcéro-caséeuse prédominente au lobe supérieur droit avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en avril 1934 et sels d'or.

Cure sanatoriale de 10 mois en 1934.

Reprise du travail en juin 1935.

Actuellement, sclérose pulmonaire nodulaire.

Obs. 94. — Par... 27 ans en 1933. Infiltration du lobe supérieur gauche avec hemoptysie et symphyse pleurale.

Phrenicectomie en juin 1933.

Cure sanatoriale de 16 mois.

Reprise du travail en avril 1934.

Actuellement, sclérose pulmonaire avec calcifications multiples résiduelles.

Obs. 95. — Cha... 36 ans en 1934. Infiltrat sous-apical gauche.

Phrenicectomie en 1934.

Cure sanatoriale de 16 mois.

Reprise du travail en 1936.

Actuellement, ombres nodulaires résiduelles.

Obs. 96. — Cha... 22 ans en 1932 Grosse cavité sous la clavicule gauche.

Pneumothorax inefficace interrompu au bout de 2 mois.

Phrenicectomie en septembre 1932.

Cure sanatoriale de 10 mois.

Sels d'or.

Actuellement, sclérose nodulaire dense inactive.

Obs. 97. — Cad... 28 ans en 1933. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire droite.

Pneumothorax inefficace abandonné au bout de 3 mois.

Phrenicectomie en novembre 1933.

Sels d'or.

Cure sanatoriale de 12 mois.

Reprise du travail en 1934.

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 98. — Tav... 19 ans en 1932. Infiltration ulcérée sous-claviculaire gauche, avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en 1932.

Sels d'or.

Cure sanatoriale de 13 mois.

Reprise du travail en 1934.

Actuellement, quelques nodules calcifiés.

Obs. 99. — Max... 22 ans en 1934. Caverne juxta-scissurale droite avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en 1934.

Sels d'or.

Grossesses normales en 1934, 1936, 1940.

En 1940, apparition d'une formation kystique dans le cul de sac phréno-cardiaque droit, opérée en 1944 (professeur Dor). Il s'agissait d'un kyste séreux de médiastin.

En 1945, hystérectomie (professeur Dor).

Actuellement, nettoyage radiologique complet.

Obs. 100. — Mel... 40 ans en 1936. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche.

Pneumothorax inefficace abandonné au bout de 3 mois.

Phrenicectomie en décembre 1936.

Cure sanatoriale d'un an.

Reprise du travail en 1938.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive.

Obs. 101. — Lie... 21 ans en 1932. Grosse cavité sous la clavicule gauche avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en 1933 et sels d'or.

Cure sanatoriale de 18 mois.

Reprise du travail en 1945.

Actuellement, grosses calcifications sous la clavicule gauche.

Obs. 102. — Muc... 28 ans en 1939. Infiltration peu dense inter-cleido-hilaire droite.

Pneumothorax inefficace abandonné au bout de 2 mois.

Phrenicectomie en 1939.

Grossesse en 1940.

Actuellement, nodules calcifiés résiduels à l'apex.

Obs. 103. — Cha... 36 ans en 1934. Infiltration du poumon droit avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en 1934.

Cure sanatoriale de 11 mois.

Reprise du travail en 1936.

Actuellement, sclérose pulmonaire inactive.

Obs. 104. — Bog... 21 ans en 1936. Infiltration ulcérée inter-cleido-hilaire gauche avec symphyse pleurale.

Phrenicectomie en 1936.

Sels d'or.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1938.

En 1940, stabilisation radiologique et clinique.

Perdu de vue de 1940 à 1943.

En décembre 1943, rechute controlatérale. Infiltration inter-cléido-hilaire droite.

Pneumothorax ayant duré un an, avec épanchement terminé par symphyse.

Nouvelle cure sanatoriale de 6 mois, en 1944.

Actuellement à droite, pachypleurite résiduelle, avec rétraction de l'hémithorax ; à gauche, quelques petits nodules calcifiés avec hémi-diaphragme toujours paralysé.

Obs. 105. — Bel..., 30 ans en 1936. Tuberculose ulcérée sous-apicale droite avec symphyse pleurale (pleurésie antérieure et hémoptysie).

Phrénicectomie en décembre 1936.

Cure sanatoriale de 6 mois.

Reprise du travail en 1938.

Nouvelle hémoptysie en 1942 et 1944.

Actuellement, rechute « in-situ » avec ulcération et état général grave.

Obs. 106. — Naf..., 33 ans en 1935. Infiltration étendue et ulcérée à droite avec symphyse pleurale et hémoptysie.

Cure sanatoriale d'un an.

Phrénicectomie en octobre 1936.

Reprise du travail en 1938.

Bacilloscopie négative à la sortie du sanatorium.

En 1943, nouvelle hémoptysie, rechute controlatérale, avec décès en 1944.

Obs. 107. — Var..., 28 ans en 1938. Infiltration du lobe supérieur droit avec symphyse pleurale (pleurésie antérieure).

Phrénicectomie en 1935.

Cure sanatoriale, de juillet 1938 à avril 1939.

Reprise du travail en mars 1940.

En 1944, rechute « in situ » avec bilatéralisation et laryngite.

Décès en 1945.

ETUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

ETUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

Sur 107 observations que nous venons de résumer, nous comptons 49 observations de tuberculoses unilatérales traitées par pneumothorax en détente complète.

Le pneumothorax s'est accompagné dans tous les cas d'une cure sanatoriale de 6 mois à 1 an. Tous ces malades étaient stabilisés en 1940.

Sur 49 cas, nous ne trouvons pas une seule rechute.

On peut considérer la plupart d'entre eux comme guéris. Tous travaillent d'une façon normale. Les femmes ont eu une ou plusieurs grossesses sans que nous ayons à noter la moindre poussée évolutive.

Quelques-uns de ces pneumothorax ont été cependant interrompus précocément. Quelques uns d'entre eux ont été entretenus moins de 3 ans.

L'observation 35 est très suggestive des stabilisations obtenues. Malgré une stabilisation récente, ce malade déporté en Allemagne, a travaillé 14 mois dans les mines de sels sans la moindre altération de l'état général ou local.

L'observation 29 est un autre exemple non moins suggestif. La malade présentait une forme diffuse avec très mauvais état général en 1930. Le pneumothorax n'a duré que 3 ans et cependant, sans la moindre poussée évolutive ou la moindre défaillance de l'état général, elle a supporté trois grossesses rapprochées dont une gemellaire.

Ces malades sont, à l'heure actuelle, suivis depuis assez longtemps pour que l'on puisse parler de guérison bactériologique, anatomique et clinique :

a) Guérison bactériologique : les examens successifs et répétés (examens directs et tubages) n'ont pu mettre en évidence de bacilles dans l'expectoration de ces malades :

b) Guérison anatomique : étant entendu que nous considérons comme guérison anatomique, non seulement les nettoyages radiologiques complets, mais les états séquelles inévolutifs classiques après cessation du pneumothorax, tels que les pachypleurites inactives ou les scléroses pulmonaires inévolutives ;

c) Guérison clinique : celle qui, en définitive est la véritable guérison, puisque ces malades ne présentent plus aucun symptome évolutif à l'épreuve du travail, et mènent une existence parfaitement normale.

Avant la guerre, en temps de paix, c'est-à-dire dans les conditions optima de traitement, VERAN, dans sa thèse si documentée (Paris 1931) sur la guérison de la tuberculose, notait un pourcentage de 100 % de stabilisations durables, lorsque le pneumothorax avait été complet et efficace.

Ici, aucun de ces 49 malades traités et que l'on pouvait considérer comme guéris en 1939, n'a présenté, malgré la rigueur des circonstances, de nouveaux signes de tuberculose évolutive.

Il convient de souligner que cette évidente résistance aux rechutes se note chez les tuberculeux qui ont été correctement soignés : le pneumothorax était complet et efficace, la durée moyenne de l'ordre de 4 ans, la cure sanatoriale effectuée dans de bonnes conditions a duré de 6 mois à un an.

L'efficacité du pneumothorax n'a pas été seulement apparente au début. Elle a fait sa preuve dans le temps. Elle a été sanctionnée par l'épreuve née des maux de la guerre.

AUX 49 OBSERVATIONS

de tuberculoses traitées par pneumothorax complet et efficace nous opposons 58 observations de tuberculeux qui ont été l'objet de traitements collapsothérapiques : soit par pneumothorax incomplet, soit par collapsothérapie de substitution, phrenicectomie ou thoracoplastie.

38 d'entre eux ont eu un pneumothorax partiel et étaient apparemment stabilisés en 1940. En 1945, nous notons 24 cas d'évolution favorable persistante, soit 63 % seulement.

14 d'entre eux ont fait des poussées évolutives plus ou moins graves :

Le malade de l'observation 63 avait eu un pneumothorax transitoire, ayant duré à peine un an avec des brides empêchant un collapsus total des lésions. Il a suffi de reprendre son pneumothorax et de le compléter par une section d'adhérence pour observer un nettoyage rapide et complet du parenchyme.

Le malade de l'observation 68 avait fait une cure sanatoriale prolongée (18 mois). Son pneumothorax très fortement bridé au sommet, semblait cependant avoir été suffisamment efficace pour qu'on puisse le considérer en 1940 comme stabilisé. Il avait repris son travail progressivement en janvier 1941, et c'est à la fin de 1943 qu'il a présenté une laryngite tuberculeuse aggravant considérablement le pronostic.

L'observation 69 est un peu superposable à la précédente, cependant ici, la stabilisation était beaucoup plus récente, et la reprise du travail s'est effectuée dans de mauvaises conditions. Le malade a été embauché d'emblée dans l'emploi qu'il occupait avant son départ au sanatorium. La rechute s'est faite dans les conditions classiques. Le malade de l'observation 70 a présenté un ulcus gastrique opéré sous anesthésie générale, à la suite de laquelle il a fait une rechute grave et rapidement mortelle. Il semble ici qu'il faille incriminer la maladie gastrique et l'intervention qui ont probablement diminuée considérablement la résistance de ce malade et surtout une anesthésie générale intempestive dont l'action néfaste chez les tuberculeux est classique.

Le malade de l'observation 76 menait une vie normale depuis 5 ans. L'état local et général était très satisfaisant. Il fait, en 1941, une rechute grave avec décès rapide.

Les observations 71, 81, 82, 83, sont superposables à la précédente. La reprise du travail s'est effectuée normalement depuis 4 ans, pour le malade de l'observation 81, 6 ans pour celui de l'observation 82, 12 ans pour celui de l'observation 83, 6 ans pour celui de l'observation 71.

Tous les cinq ont fait, fin 1941, début 1942, des rechutes graves étendues, et rapidement mortelles. On peut penser ici que les circonstances, en diminuant la résistance de ces sujets, ont joué un rôle important dans l'évolution de leur maladie.

Trois autres malades, observations 74, 77 et 78, avaient présenté une stabilisation relative qu'étaient venu compromettre à plusieurs reprises des poussées évolutives : bilatéralisation (observation 77), rechute (observation 74) ou des tuberculoses extrapulmonaires (observation 78) avaient émaillé l'histoire de ces malades. Ils avaient cependant triomphé de chaque poussée avant 1940. Par contre, les rechutes survenues depuis semblent avoir été plus graves.

Le malade de l'observation 80 présentait une stabilisation récente. La rechute est survenue comme il est classique, dans les deux ans qui ont suivi la reprise du travail.

Nous mettrons enfin à part l'observation 79. Le malade particulièrement indiscipliné a été exclu à deux reprises du sanatorium; son pneumothorax, partiellement efficace cependant, n'a été entretenu que pendant un an, le malade cessant de se présenter aux insuflations.

Quoi qu'il en soit, ces 14 observations démontrent que dans une certaine mesure, les stabilisations obtenues par des pneumothorax partiels sont plus fragiles que celles obtenues avec un pneumothorax complet.

Toutefois, 24 de ces malades ont fait une évolution favorable persistante : 15 d'entre eux répondent à des pneumothorax créés depuis plus de 10 ans. Ces sujets mènent aujourd'hui une vie normale et nous pouvons les considérer à l'heure actuelle comme guéris.

Un d'entre eux (observation 51) a présenté en 1942 un amaigrissement important (18 kg.) dont il a pu faire les frais sans reprise des phénomènes évolutifs.

Ainsi, en comparant les résultats du paragraphe précédent, qui concernent les tuberculeux traités normalement par un pneumothorax sans entrave, avec ces derniers, on apprécie la valeur relative, mais encore certaine, et le caractère plus souvent transitoire, de l'amélioration obtenue par la collapsothérapie partielle et élective.

Que dans 63 % des cas cette stabilisation ait été durable malgré la période très défavorable qui a suivi est encore un fait à souligner.

Nos 20 dernières observations concernent des malades chez lesquels le pneumothorax était inefficace. Ils ont fait l'objet d'une forme de collapsothérapie chirurgicale :

Trois d'entre eux ont été traités par thoracoplastie. Le petit nombre d'observations de ce genre, que nous rapportons, se conçoit aisément si l'on veut bien se rappeler que :

a) La thoracoplastie n'est pas une intervention courante dans les milieux hospitaliers ;

b) Celles pratiquées au sanatorium échappent en général à notre observation ultérieure ;

c) Le pourcentage des stabilisations durables est, suivant les auteurs, de 20 à 25 %. Or, nous nous sommes imposés, au début de ce travail, de ne tenir compte que des observations des tuberculeux stabilisés en 1940, ayant repris leur travail, et encore suivis actuellement d'une façon régulière.

Ces trois malades travaillent tous depuis plus de 8 ans ; ils mènent une vie tout à fait normale, et les tubages répétés n'ont pu mettre en évidence depuis plus de 2 ans de bacilles de Koch. Les radiographies successives sont absolument superposables.

Sur trois cas de malades traités par thoracoplastie, nous notons trois cas d'évolution favorable persistante, soit un pourcentage de 100 %.

Ces chiffres nous ramènent aux résultats obtenus avec un bon pneumothorax complet et efficace. Dans un cas comme dans l'autre, le collapsus des lésions ayant été complet, les stabilisations ont été persistantes.

Les 17 autres ont eu une phrénicectomie, en raison d'une symphyse pleurale empêchant l'installation d'un pneumothorax.

Nous notons en 1945 13 cas d'évolution favorable persistante, soit 77 %.

4 malades ont fait des évolutions graves (observations 104, 105, 106 et 107).

Le malade de l'observation 107 présentait une stabilisation récente ; par contre, les trois autres semblaient suffisamment stabilisés en 1940 :

Les observations 105 et 106 sont en tout point superposables. Tous les deux avaient présenté une tuberculose ulcérée inter-cléido-hilaire droite avec symphyse pleurale et hémoptysie. Ils avaient sensiblement le même âge. La phrénicectomie avait été pratiquée à la même époque (fin 1936). Tous les deux avaient fait une cure sanatoriale correcte et la reprise du travail avait eu lieu pour l'un comme pour l'autre, en 1938. Ces deux malades avaient commencé leur première poussée évolutive par des hémoptysies abondantes et, fait qui mérite d'être signalé, les deux rechutes ont commencé par des hémoptysies.

La malade de l'observation 104 a fait cinq ans après la reprise du travail, une rechute controlatérale avec évolution favorable.

Dans 13 cas, nous notons une évolution favorable persistante. Huit d'entre eux ont fait des cures sanatoriales prolongées : 9 mois pour l'observation 91 ; 10 mois pour l'observation 93 ; 16 mois pour l'observation 94 et 95 ; 10 mois pour l'observation 96, un an pour l'observation 100 et 103, 18 mois pour l'observation 101.

L'observation 92 est une illustration suggestive des stabilisations obtenues. Ce malade a fait en 1932 une infiltration étendue et excavée avec symphyse pleurale. Il a pu faire les frais d'une tuberculose rénale en 1935, d'une épididymite tuberculeuse en 1937, et reprendre définitivement son travail en janvier 1938, pour ne plus l'interrompre depuis.

Il a eu comme thérapeutique, une phrénicectomie en 1932, avec une cure sanatoriale de 6 mois seulement.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

La guerre qui vient de prendre fin a entraîné et entraîne encore d'innombrables conséquences d'ordre matériel et d'ordre moral. Leur influence, très défavorable sur la morbidité et la mortalité tuberculeuse est largement démontrée

Il a paru intéressant de rechercher l'incidence de telles misères sur l'efficacité éloignée des méthodes collapsothérapiques de la tuberculose pulmonaire, et ainsi d'en préciser la valeur.

A cette fin, on a compulsé un très grand nombre de dossiers de tuberculeux et retenu ceux de malades répondant à la triple condition :

1° D'avoir été traités et d'être stabilisés cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement avant 1940.

2° D'avoir, à cette époque, repris un certain travail.

3° Enfin, d'être encore médicalement et périodiquement suivis à l'heure actuelle.

De la confrontation de 107 cas ainsi délimités, il résulte de la manière la plus évidente, ce fait très encourageant : la permanence — on peut dire la solidité — de la guérison obtenue, même avec des lésions radiologiquement importantes au

départ, chez les tuberculeux dont le pneumothorax a été total, régulièrement entretenu et ayant duré en moyenne 4 à 5 ans.

Tous ces malades — qui tous relèvent du milieu hospitalier — ont résisté à l'épreuve du travail et aux rigueurs de l'existence encourues de 1939 à 1945.

Dans cette série d'observations, les rechutes « in situ », ou homolatérales, ou controlatérales n'ont été rencontrées que chez des malades porteurs de pneumothorax incomplet, prématurément interrompu, ou rapidement symphysé (36 % des cas) ou chez les tuberculeux simplement phénicectomisés (24 %). Un petit nombre de thoracoplasties effectuées en milieu hospitalier, donc pour des lésions notables, et qui avaient déjà entraîné une guérison apparente avec reprise du travail en 1940 ont permis d'apprécier très favorablement cette intervention de substitution au pneumothorax, pendant la même période.

Et si ces conclusions concordent avec les constatations faites avant 1939, nos récentes épreuves les mettent en valeur d' une façon singulière.

BIBLIOGRAPHIE

ALARY. — « La phrénicectomie ». *Thèse Paris*, 1936.

BERNARD L., POIX et BOCQUET. — « Le tuberculeux après sa guérison par le pneumothorax artificiel ». *Presse Médicale*, novembre 1932.

BERNARD L., DUMAREST et DESJACQUES. — « La phrénicectomie ». *Masson Edit.*, 1933.

BERNARD et DELGOFFE. — « 11 ans de pratique de thoracoplastie dans un service hospitalier ». *Arch. Méd. et Chir. de l'appareil respiratoire*, tome VII, 1932.

BEZANÇON. — « Le mode d'action des méthodes collapsothérapiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire ». *Bull. Acad. de Méd.*, 6 octobre 1936.

BERNOU A., COMONNE et MARECANA. — « Résultats de 100 cas de tuberculose pulmonaire, traités par le pneumothorax artificiel ». *Bull. Méd. Anjou et Maine*, 15 février 1939.

BRISSAUD et BARMES. — « Les résultats éloignés de la collapsothérapie dans un sanatorium d'hommes ». *Montpellier Médical*, octobre 1935.

CARDIS et MALINSKY. — « A propos de quelques cas favorables de phrénicectomie succédant à de bons pneumothorax inefficaces ou à de mauvais pneumothorax ». *Revue de la tuberculose*, février 1931.

DUFOUR H. — « Radiographie 20 ans après un pneumothorax artificiel pour tuberculose chez une malade guérie ». *Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 21 octobre 1932.

DUMAREST. — « La pratique du pneumothorax thérapeutique ». *Masson Edit.*, Paris 1936.

DUMAREST et LEFÈVRE. — « Le rôle actuel du sanatorium dans la lutte anti-tuberculeuse ». *Bull. Méd.*, juin 1936.

DUMAREST. — « Les résultats éloignés des pneumothorax artificiels abandonnés ». *Hauteville Médical*, octobre 1929.

DUMAREST et BRETTE. — « La pratique du pneumothorax et de la collapsothérapie chirurgicale ». *Masson Edit.*

GIRAUD A. — « Précis de phtisiologie ». *Doin Edit.*

HERVÉ et REYGASSE. — « La durée du pneumothorax ». *Revue de la Tuberculose,* décembre 1930.

KINDBERG L. — « La collapsothérapie précoce et précocement efficace dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte ». *Bull. Gén. The.* 1938.

LIRON. — « Les pneumothorax inefficaces », *Thèse Paris,* 1937.

MAURER A., ROLLAND et MONOD O. — « Résultats éloignés de 285 phrénicectomies en milieu sanatorial ». *Revue de la Tuberculose,* 1934.

MIGNOT. — « Le pneumothorax artificiel ». *Journal des Praticiens,* 9 décembre 1933.

PARISSAL. — « Les résultats éloignés de la collapsothérapie. Conclusions générales ». *Montpellier Médical,* oct. 1935.

PIERY et LE BOURDELLES. — « La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie ». *Doin,* 1933.

RIST. — « Le pneumothorax thérapeutique » in *Traité de Thérapeutique* de LOEPER, Tome IV.

RIST E. — « Quand faut-il interrompre le pneumothorax thérapeutique ? ». *Revue de la Tuberculose,* octobre 1930.

VÉRAN. — « La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades ». *Doin,* 1931.

VÉRAN. — « L'aspect de la guérison de la tuberculose après cessation du pneumothorax ». *Gazette des Hôpitaux,* 23 mars 1932.

VERNUS. — « La terminaison du pneumothorax artificiel. Les séquelles et résultats éloignés du pneumothorax interrompu ». *Thèse de Lyon,* 1931-1932, N° 144.